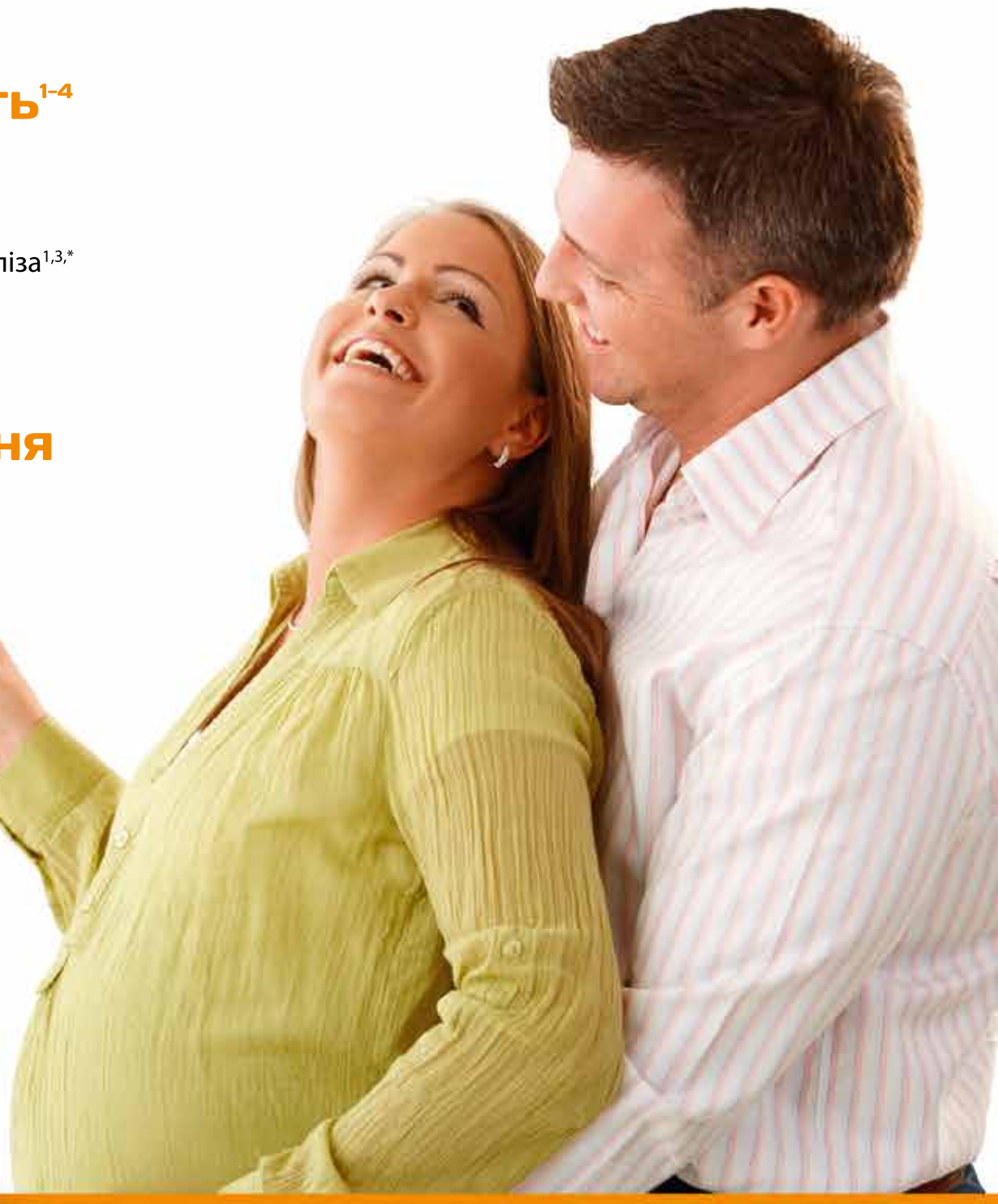
Мальтофер®

Заліза (III) гідроксиду полімальтозат

Оригінальний препарат заліза зі Швейцарії Fe 3+

Надійний партнер у лікуванні залізодефіцитної анемії



Доведена ефективність[1–4]

Безпека

- Токсичність у 10 разів нижча, ніж у сульфату заліза[1,3,*]
- Низька частота побічних реакцій з боку ШКТ, менше відмов від терапії[4,5]

Зручність застосування

- З їжею і лікарськими препаратами взаємодії не спостерігалося[6-9]

* дослідження токсичності проводилися на лабораторних щурах

Література: 1. Toblli, J.E., Brignoli, R. Iron(III)-hydroxide Polymaltose Complex in Iron Deficiency Anemia. Drug Research 2007; Vol. 57(6A): 431–438. **2.** Hajnaczky, K., Demeter, J., Székely, P., Udvardi, E. Our Experiences Gained in the Tolerability Study of Maltofer® Chewing Tablet in the Prevention and Treatment of Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. Magyar Nõorvosok Lapja 65, 1, 2002. **3.** P. Geisser. Safety and Efficacy of Iron(III)-hydroxide Polymaltose Complex. A review of over 25 years experience. Drug Research (2007);57(6a):439–452. **4.** Ortiz R., Toblli JE, Romero JD, et al. J Matern Fetal Neonatal Med 2011 Epub ahead of print. **5.** Jacobs, P., Wood, I., and Bird A.R. (2000) Better tolerance of iron polymaltose complexcompared with ferrous sulfate in the treatment of anemia. Hematology, Vol. 5: 77–83. **6.** Burckhardt-Herold, S., Klotz, J., Funk, F., Büchi, R., Petrig-Schaffland, J., Geisser, P. Interactions between Iron(III)-hydroxide Polymaltose complex and Commonly Used Drugs. Drug Research 2007; Vol. 57(6A): 360-369. **7.** Funk, F., Canclini, C., Geisser, P. Interactions between Iron(III)-hydroxide Polymaltose Complex and Commonly Used Medications. Drug Research 2007; Vol. 57(6A): 370–375. **8.** Geisser, P. In vitro Studies on Interactions of Iron Salts and Complexes with Food-Stuffs and Medicaments. Drug Research 1990; Vol. 57(6A): 439–452. **9.** Інструкції для медичного застосування препаратів Мальтофер® і Мальтофер® ФОЛ.

МАЛЬТОФЕР® (MALTOFER®) Р.П. UA/5869/02/01 від 13.04.2012. МАЛЬТОФЕР® ФОЛ (MALTOFER® FOL) Р.П. UA/5870/01/01 від 11.05.2012. Діюча речовина: 1 таблетка МАЛЬТОФЕР® містить: 357 мг заліза (III) гідроксиду полімальтозат, що еквівалентно 100 мг заліза; 1 таблетка МАЛЬТОФЕР® ФОЛ містить: 357 мг заліза (III) гідроксиду полімальтозат, що еквівалентно 100 мг заліза, фолієвої кислоти 0,35 мг; **Лікарська форма.** Таблетки жувальні. **Фармакотерапевтична група.** МАЛЬТОФЕР®: антианемічні засоби. Препарати заліза (III) для перорального застосування. Код АТС B03A B05. МАЛЬТОФЕР® ФОЛ: антианемічний засіб. Комплексні препарати, що містять залізо і фолієву кислоту. Код АТС B03A D04. **Показання.** МАЛЬТОФЕР®: лікування латентного дефіциту заліза (ЛДЗ) та клінічно вираженого дефіциту заліза (залізодефіцитна анемія — ЗДА). Профілактика дефіциту заліза під час вагітності, у період годування груддю, у жінок у репродуктивному періоді, у дітей, підлітків, дорослих (наприклад вегетаріанців і людей літнього віку). МАЛЬТОФЕР® ФОЛ: лікування латентного дефіциту заліза (ЛДЗ) та клінічно вираженого дефіциту заліза (залізодефіцитна анемія — ЗДА). Профілактика дефіциту заліза та фолієвої кислоти до вагітності, під час вагітності або у період годування груддю. **Побічні реакції.** Дуже рідко (< 1/10000): біль у животі, нудота, запор, метеоризм, діарея, біль в епігастральній ділянці, диспепсія, блювання, анафілаксія, кропив'янка, висип, екзантема, свербіж. На фоні лікування можливий темний колір випорожнень, зумовлений виділенням заліза, що не всмокталося. Це не має клінічного значення. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату; надмірний вміст заліза в організмі (гемосидероз і гемохроматоз); розлад механізмів виведення заліза (свинцева анемія, сидероахрестична анемія, таласемія); анемії, не зумовлені дефіцитом заліза (наприклад гемолітична анемія, мегалобластна анемія, спричинена недостатністю вітаміну B_{12}); стеноз стравоходу та/або інші обструктивні захворювання травного тракту; дивертикул кишечнику, кишкова непрохідність, регулярні гемотрансфузії; одночасне застосування парентеральних форм заліза. **Фармакологічні властивості.** Препарат містить залізо у вигляді полімальтозного комплексу гідроксиду заліза (III). Цей макромолекулярний комплекс стабільний і не виділяє залізо у вигляді вільних іонів у шлунково-кишковий тракт. Структура препарату схожа з природною сполукою заліза — феритином. Завдяки такій подібності залізо (III) потрапляє з кишечнику в кров шляхом активного всмоктування. Залізо, що всмокталося, зв'язується з феритином і зберігається в організмі, переважно у печінці. Пізніше у кістковому мозку воно включається до складу гемоглобіну. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Віфор С. А., Швейцарія для Віфор (Інтернешнл) Інк., Швейцарія. **Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або подати скаргу на якість препарату Ви можете в ТОВ «Такеда Україна» за тел. (044) 390 0909.**

UA/XMP/1116/0225

ТОВ «Такеда Україна»: 03150, м. Київ, вул. Червоноармійська, 55-Г. Тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929. www.takeda.ua

Takeda

Актуальность коррекции дефицита железа у женщин репродуктивного возраста

Вопрос коррекции дефицита железа часто возникает при ведении беременности, особенно когда речь заходит об экстрагенитальной патологии.
22-23 сентября в г. Киеве в Доме кино при поддержке Министерства здравоохранения Украины, Национальной академии медицинских наук, ОО «Ассоциация акушеров-гинекологов Украины» и Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика состоялся XIV Съезд акушеров-гинекологов Украины и Научно-практическая конференция с международным участием «Проблемные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии в современных условиях». Данное мероприятие служит прекрасным примером и напоминанием о важности сотрудничества врачей различных специальностей с целью сохранения женского здоровья и здоровья ребенка. Обмен опытом с иностранными экспертами позволяет нам перенять современные, соответствующие мировым стандартам подходы в лечении беременных женщин с разными видами патологии. На конференции были затронуты важные темы и подняты вопросы о здоровье женщины, его сохранении и восстановлении. В частности, много внимания было уделено экстрагенитальной патологии, которая, по сути, является совокупностью различных нозологий и патологических состояний, что само по себе предусматривает широкий спектр методов лечения и необходимость применения мультидисциплинарного подхода.
В данном обзоре будет подробно рассмотрена роль коррекции дефицита железа при лечении экстрагенитальной патологии и аномальных маточных кровотечений.

Доклад, посвященный роли коррекции дефицита железа на этапе планирования семьи, представила **член-корреспондент НАМН Украины, заместитель директора по научной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Феофановна Татарчук.**

– В первую очередь стоит рассмотреть национальные цели развития тысячелетия. На передний план выступает снижение уровня детской смертности и улучшение здоровья матерей. Также к этим целям относятся преодоление бедности, обеспечение гендерного равенства и качественного образования на протяжении жизни. Не стоит забывать об ограничении распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза, а также разработке методов и мероприятий по сокращению их масштабов.

По данным отдела охраны репродуктивного здоровья и научных исследований при Всемирной организации здравоохранения и Центра информационных программ при Институте здравоохранения им. Джонса Хопкинса Блюмберга, проведение мероприятий по планированию семьи будет способствовать снижению уровня материнской смертности на 32%, младенческой и детской – на 10%, незапланированной беременности – на 71% («Планирование семьи: универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи», 2007). Кроме того, проведение обучающих программ по правильному использованию презервативов позволит снизить частоту инфицирования ВИЧ половым путем на 80%.

Согласно Европейской базе данных «Здоровье для всех» (ВОЗ, 2016), в Украине уровень материнской смертности в 2 раза превышает средний уровень по Евросоюзу, а уровень неонатальной смертности – в 1,5-2 раза. По данным информационного бюллетеня № 348 ВОЗ за ноябрь 2015 года, основными патологическими состояниями, приводящими к летальному исходу, являются: экстрагенитальная патология, послеродовые кровотечения, инфекции, преэклампсия и эклампсия, небезопасный аборт. При этом, согласно данным МЗ Украины за 2014 год, первые места в статистике основных причин также занимают экстрагенитальная патология, сепсис, тромбоэмболия и послеродовые кровотечения.

Риск развития преэклампсии обусловлен следующими факторами: возраст (старше 40 лет), первые роды, преэклампсия в анамнезе, преэклампсия у матери, многоплодная беременность, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, артериальная гипертензия, патология почек, аутоиммунные заболевания), длительный интервал между беременностями, избыточная масса тела, повышенное артериальное давление при первом визите беременной в центр планирования семьи.

Среди факторов риска послеродовых кровотечений также выделяют возраст (старше 35 лет), многоплодную беременность, миому матки, преэклампсию, амнионит, плотное прикрепление или отслойку плаценты, разрыв шейки матки, инструментальные вагинальные роды, кесарево сечение.

Повышение риска преждевременных родов ассоциировано с преждевременными родами в анамнезе, многоплодной беременностью, бактериальным вагинозом, воспалительными заболеваниями мочеполовой системы, артериальной гипертензией, беременностью после применения вспомогательных репродуктивных технологий, маленьким интервалом между беременностями, плотным прикреплением плаценты, риском разрыва матки вследствие рубцевания, гестационным диабетом, невынашиванием, недостаточностью лютеиновой фазы.

При рассмотрении факторов младенческой смертности особое место занимают перинатальные причины, затем врожденные пороки, далее инфекционные заболевания и заболевания органов дыхания.

На сегодняшний день на этапе преконцепционного периода можно спрогнозировать риск развития преэклампсии, преждевременных родов, гестационного диабета, задержки развития плода и с высокой точностью определить риск развития макросомии. При задействовании всего потенциала программы планирования семьи появляется возможность не только предотвратить незапланированную беременность, но и обеспечить наиболее безопасный исход беременности для матери и плода с учетом всех вероятных рисков.

Современная мировая концепция антенатального ухода ощутимо изменилась. Если ранее основные усилия были направлены на определение факторов риска и предотвращение осложнений, в том числе патологии плода и новорожденных, на более поздних сроках (с 16-й нед), то сейчас речь идет о преконцепционном периоде и более ранних сроках беременности (начиная с 12-й нед). Данная концепция дает возможность разработать эффективную стратегию дальнейшего ведения пациенток с высоким риском развития осложнений беременности и родов.

Ключевым моментом в предупреждении материнской смертности является адекватное и полноценное информирование женщин о методах контрацепции. Контрацепция при экстрагенитальной патологии должна быть постоянной в случаях противопоказаний к беременности (приказ МЗ и НАМН Украины от 29.11.2013 № 1030/102), также выбор метода контрацепции зависит от сопутствующих заболеваний женщины и требует особого контроля профильным специалистом.

При консультировании по вопросам контрацепции в послеродовом периоде важно помнить и учитывать некоторые ключевые моменты: контрацептивные потребности (восстановление сексуальной активности, последующие репродуктивные планы), рекомендованный интервал между родами (2-3 года), модель грудного вскармливания (частота, длительность, введение прикорма), социальные факторы и медицинские проблемы. При этом для начала использования контрацептивов не рекомендуется ждать восстановления менструального цикла.

Сегодня, используя возможности службы планирования семьи, мы можем предупредить большинство случаев материнской смертности, в частности можно повлиять на такие основные причины, как осложнение абортов, преэклампсия, железодефицитная анемия (ЖДА), послеродовые кровотечения, преждевременные роды и, что немаловажно, экстрагенитальная патология.

По данным Агентства Соединенных Штатов Америки по международному развитию (USAID), представленным в документе «Интервал рождения: обновленные исследования» (Birth Spacing: Research Update, 2002), интервал между родами 36-41 мес по сравнению с 24-29 мес снижает риск неонатальной смертности на 26%, младенческой – на 41% и смертности в возрасте до 5 лет – на 61%. При этом отдельным пунктом следует рассмотреть одну из основных причин развития осложнений беременности – дефицит железа.

Железодефицитная анемия при беременности – состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементе, снижением его депонирования, высоким темпом роста плода. Как правило, на фоне ЖДА часто возникают гестозы, артериальная гипотония, преждевременное отслоение плаценты, задержка роста плода, преждевременные роды, угроза прерывания беременности. При этом ЖДА является одним из наиболее частых осложнений беременности.

По данным исследования C. Breymann (2013), дефицит железа был отмечен у 50% принимавших в нем участие пациенток. При этом не было выявлено нижней границы уровня гемоглобина, при котором существует риск развития осложнений у матери и плода. В результате было доказано, что при уровне гемоглобина 80-90 г/л его повышение на каждый 1 г/л снижает риск материнской смертности.

По мнению докладчика, при лечении ЖДА в качестве средства выбора наиболее целесообразно назначать препараты на основе полимальтозного комплекса гидроксида железа (III). Стабильное комплексное соединение гидроксида железа (III) с полимальтозой в физиологических условиях не выделяет железо в виде свободных ионов. На рынке Украины среди доступных представителей группы препаратов на основе полимальтозного комплекса гидроксида железа (III) заслуженным доверием пользуется препарат Мальтофер. Железо, входящее в состав препарата, при пероральном приеме поступает в кровь из кишечника только путем активного всасывания. Данное свойство объясняет его высокий профиль безопасности в отличие от простых солей железа, всасывание которых происходит по градиенту концентрации.

На этапе планирования беременности и ранних ее сроках нельзя забывать о необходимости постоянного контроля дефицита железа и его коррекции, тем самым минимизируя риск развития осложнений, угрожающих здоровью и жизни матери и плода.

Кроме того, приоритетными заданиями на сегодняшний день являются следующие: проведение обучающих семинаров по планированию семьи во всех областях Украины, изучение опыта областей и разработка единого электронного реестра женщин репродуктивного возраста с заболеваниями, при которых беременность и роды угрожают жизни матери и будущего ребенка. И один из важных пунктов – это разработка системы аудита деятельности областных центров планирования семьи.

О коррекции метаболических нарушений у беременных с исходными гипоксическими расстройствами рассказала **руководитель отделения акушерских проблем экстрагенитальной патологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Юлия Владимировна Давыдова.**

– Гипоксия – это пониженное содержание кислорода в организме или отдельных органах и тканях, возникающее при недостатке кислорода во вдыхаемом воздухе и в крови, при нарушении биохимических процессов тканевого дыхания. Вследствие гипоксии в жизненно важных органах развиваются необратимые изменения.

В большей степени нас интересуют заболевания, которые с максимальной вероятностью приводят к развитию гипоксии. К таким нозологиям относятся врожденные и приобретенные пороки сердца с сердечной недостаточностью (СН) и анемией, ЖДА, системная красная волчанка (СКВ) и ее усугубленный вариант – СКВ с антифосфолипидным синдромом (АФС), а также гипертоническая болезнь.

Говоря о беременных женщинах, стоит рассматривать предплацентарную и плацентарную гипоксию. И в этом ключе важную роль будет играть СН, анемия, преэклампсия и другие гипертензивные осложнения, которые могут усугубить ту кардиальную патологию, которая уже присутствует у пациентки.

В течение первых 10 нед беременности эмбриогенез происходит в условиях гипоксии, поскольку напряжение кислорода в плаценте значительно ниже, чем в окружающих

Продолжение на стр. 24.

Актуальность коррекции дефицита железа у женщин репродуктивного возраста

Продолжение. Начало на стр. 23.

структурах эндометрия. Plugging-блокирующий механизм защищает растущий эмбрион и плацентарные ворсинки от окислительного повреждения; антиоксидантные ферменты, такие как митохондриальная супероксиддисмутаза, не экспрессируются на синцитиотрофобласте ранее 8-9 нед беременности, но на сроке 11-13 нед plugging-блокирующий механизм нарушается током материнской крови, входящей в межворсинчатое пространство.

В этот момент и нужно прилагать все усилия для профилактики эндотелиальной дисфункции и коррекции дефицита железа.

Реакция плода на гипоксию может быть разной: от немедленной, выражающейся в антенатальной гибели плода, до задержки внутриутробного роста и низкой массы тела при рождении. Это приводит к тому, что в организме ребенка активируются компенсаторные механизмы и гены, отвечающие за фетальное программирование. Поэтому реализация гипоксии происходит, как правило, в зрелом возрасте, проявляясь в виде ранней гипертонии, ишемической болезни сердца, раннего атеросклероза, ожирения и метаболического синдрома.

Это значит, что, осуществляя профилактику гипоксии плода, необходимо думать не только о немедленных реакциях, но и о будущем развитии ребенка. Поэтому целесообразно проводить коррекцию метаболических нарушений у женщин с гипоксическими расстройствами вследствие предшествующей патологии в преконцепционном периоде.

При этом на первый план выходит терапия основного заболевания и коррекция врожденного порока сердца, которые дополняются терапией сопровождения: L-аргинин, сахарат железа и полимальтозный комплекс гидроксида железа (III).

На сегодняшний день качественным представителем такой комбинации на рынке Украины является препарат Мальтофер. Поскольку сульфаты могут способствовать усугублению оксидативного стресса, Мальтофер благодаря входящему в его состав полимальтозному комплексу гидроксида железа (III), который активно всасывается и не способствует циркуляции трансферрин-несвязанного железа, может использоваться для терапии ЖДА у беременных, являющихся группой высокого риска.

Постоянно отслеживая состояние пациентки, необходимо продолжать применение препарата железа во всех трех триместрах беременности и в послеродовом периоде.

В случае наличия СКВ и СКВ с сопутствующей АФС в вышеуказанную схему лечения в первом триместре беременности включается терапия кортикостероидами и антикоагулянтная терапия. Также состояние пациенток с СКВ в обязательном порядке необходимо отслеживать по шкале SLEDAI.

В заключение можно сказать, что назначение терапии сопровождения, профилактика эндотелиальной дисфункции и коррекция ЖДА позволяют должным образом воздействовать на продукцию прогениторов эндотелиоцитов, что на сегодняшний день является надежным маркером эффективности коррекции эндотелиальной дисфункции.

Применение дифференцированного подхода (терапия основного заболевания с учетом маркеров метаболических нарушений, включая терапию сопровождения в комбинации с препаратом железа Мальтофер) позволяет минимизировать перинатальные и акушерские осложнения, а также снижает негативное влияние внутриутробной гипоксии на плод и ее последствия в дальнейшей жизни ребенка.

Доклад о рациональной терапии аномальных маточных кровотечений представила **доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина, декан педиатрического факультета Харьковской академии последипломного образования Ольга Валентиновна Грищенко.**

– Актуальность темы расстройств менструальной функции обусловлена неуклонным ростом заболеваемости. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины за 2013 год, расстройства менструального цикла были зарегистрированы у 11,02 из 1000 женщин репродуктивного возраста, что на 4,5% превышает аналогичный показатель 2008 года (10,52 из 1000 женщин). При этом частота нарушений менструального цикла у подростков (15-17 лет) составила 29,11 случаев на 1000 девочек.

К одним из наиболее распространенных проявлений нарушения менструального цикла относятся аномальные маточные кровотечения (АМК), которые характеризуются чрезмерной продолжительностью, отсутствием цикличности и большим объемом кровопотери.

Объективные данные о распространенности АМК в Украине отсутствуют, что, вероятно, объясняется недостаточным уровнем диагностики и недооценкой проблемы среди пациенток и врачей.

В связи со сложившейся ситуацией в 2016 году был принят новый протокол (приказ МЗ Украины от 13.04.2016 № 353) «Об утверждении и внедрении медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при аномальных маточных кровотечениях».

Данный протокол учитывает международную классификацию АМК – PALM-COEN (Palm, Adenomiosis, Leiomioma, Maignacy – Coagulopathy, Ovulatory, Endometrial, Iatrigenic, Not yet classified), согласно которой АМК могут иметь структурную и неструктурную природу. К структурным причинам относятся полипы, аденомиоз, лейомиомы, злокачественные опухоли и гиперплазия, а к неструктурным – коагулопатия, овуляторная дисфункция, изменения в эндометрии и ятрогенные причины.

В соответствии с общими принципами терапии лечение АМК должно проводиться в два этапа: первый – остановка кровотечения; второй – профилактика рецидива. Для остановки кровотечения чаще всего применяется хирургический и гормональный гемостаз. Согласно данному протоколу, терапию АМК желательно начинать с гистероскопии, а при отсутствии возможности качественного ее выполнения следует прибегнуть к раздельному диагностическому выскабливанию стенок матки и цервикального канала.

Гормональный гемостаз показан женщинам при рецидивах кровотечения в случае, если со дня последнего выскабливания прошло менее 2-3 мес, или молодым нерожавшим пациенткам, которые не относятся к группе риска развития пролиферативных процессов эндометрия.

Хирургическое лечение при АМК показано в том случае, когда медикаментозная терапия неэффективна или неприменима (в силу побочных реакций или имеющихся противопоказаний). Также хирургическое вмешательство показано при тяжелых кровотечениях на фоне выраженной анемии и при структурной патологии матки. При этом диапазон объема и методы хирургического вмешательства могут варьироваться в зависимости от ситуации (от простого выскабливания полости матки до удаления органа в особо тяжелых случаях).

Противорецидивная терапия основывается на назначении как гормональных, так и негормональных препаратов. К последним относятся нестероидные противовоспалительные препараты, которые угнетают синтез простагландинов путем ингибирования циклооксигеназы и изменяют соотношение между простагландинами и тромбоксаном, что способствует вазоконстрикции в матке. Также к негормональной терапии АМК можно отнести и назначение антифибринолитиков, в частности транексамовой кислоты, которая уменьшает местный распад фибрина без изменения параметров свертывания крови.

Гормональные методы лечения и профилактики рецидивов АМК включают в себя применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК), прогестагенов и внутриматочной гормональной левоноргестрел-рилизинг-системы (ЛНГ-ВМС).

Если провести сравнительный анализ эффективности медикаментозных методов лечения, то наибольшая результативность отмечается при использовании ЛНГ-ВМС, а второе место по эффективности занимают депо-инъекции/импланты прогестогенов и КОК. При этом важно помнить, что, выбирая КОК, предпочтение следует отдавать препаратам, содержащим гестаген и обладающим выраженным антипролиферативным действием.

Также не следует забывать об основной составляющей противорецидивной терапии, а именно о коррекции сопутствующей АМК анемии. При этом наиболее эффективным методом, способствующим уменьшению количества осложнений и длительности госпитального лечения, являются инфузии комплексом карбоксимальтозы железа (Феринжект). Данный комплекс, несмотря на то, что мы только недавно начали применять его в нашей клинической практике, уже доказал свою эффективность и даже был включен в локальное исследование, которое на сегодняшний день находится в процессе статистической обработки. Препарат Феринжект можно по праву считать средством первой линии при рациональной терапии железодефицитных состояний у пациенток, которым не могут быть назначены пероральные препараты железа либо же в случае их неэффективности.

Подготовила ***Марина Титомир***

UA/XMP/1116/0224

НОВОСТИ

Факторы риска полного разрыва матки

Полный разрыв матки представляет собой жизнеугрожающее осложнение при родах, при котором повреждение захватывает все слои маточной стенки и проникает в брюшную полость. Поскольку данное осложнение встречается редко, информация о факторах риска его развития к настоящему времени не может считаться достаточной. Однако, как ожидается, ввиду увеличения частоты выполнения операции кесарева сечения (КС) будет увеличиваться и частота случаев полного разрыва матки. Для того чтобы оценить частоту и факторы риска полного разрыва матки, акушеры-гинекологи из Норвегии выполнили популяционное исследование, в ходе которого проанализировали данные Норвежского регистра родов (MBRN) и национальной Системы регистрации данных из историй болезни пациентов (PAS). В целом в ходе исследования были проанализированы данные о 1317967 родах у женщин, которым ранее не выполнялось КС, и о 57859 случаях родоразрешения у женщин с предшествующим КС в акушерском анамнезе за период с 1967 по 2008 г. Полный разрыв матки при родах произошел у 51 женщины без КС в анамнезе (частота – 0,38/10000) и у 122 женщин, которые ранее перенесли КС (21,1/10000). Как показал статистический анализ данных, наиболее мощным фактором риска полного разрыва матки являлась последовательная стимуляция родовой деятельности простагландинами и окситоцином (по сравнению со спонтанными родами) – как у женщин с интактной маткой (скорректированный относительный риск – СОР – 48, 95% доверительный интервал – ДИ – 20,5-112,3), так и у женщин с рубцом на матке после перенесенного КС (СОР 16,1; 95% ДИ 8,6-29,9). Другие значимые факторы риска полного разрыва матки у женщин без КС в анамнезе и с таковым соответственно включали стимуляцию родовой деятельности окситоцином (СОР 22,5; 95% ДИ 10,9-41,2; СОР 4,4; 95% ДИ 2,9-6,6), дородовая гибель плода (СОР 15; 95% ДИ 6,2-36,6; СОР 4; 95% ДИ 1,1-14,2) и предшествующие выкидыши в первом триместре беременности (СОР 9,6; 95% ДИ 5,7-17,4; СОР 5; 95% ДИ 3,4-7,3). У женщин, ранее перенесших КС, риск разрыва матки достоверно увеличивался при интервале между родами <16 мес (СОР: 2,3; 95% ДИ 1,1-5,4) и при развитии тяжелого послеродового кровотечения после предшествующего КС (СОР 5,6; 95% ДИ 2,4-13,2).

Al-Zirqi I. et al., Am J Obstet Gynecol. 2016 Oct 22 [Epub ahead of print].

Перелом ключицы у новорожденного во время кесарева сечения: частота и факторы риска

Известно, что перелом ключицы у новорожденных во время родоразрешения путем кесарева сечения встречается гораздо реже, чем при вагинальных родах. Южнокорейские ученые попытались оценить частоту этого неонатального осложнения и факторы риска, способствующие его возникновению. С этой целью был выполнен ретроспективный анализ данных о 89367 родах за 12-летний период; из них в 36286 случаях младенцы появились на свет путем кесарева сечения. Всего было зарегистрировано 19 случаев перелома ключицы у новорожденного во время КС (частота – 0,05% среди всех младенцев, рожденных живыми путем КС). Как показал анализ материнских и неонатальных факторов риска, с переломом ключицы во время КС статистически значимо ассоциировались масса тела при рождении (≥4000 г) и возраст матери. Интересно, что в данном анализе не было выявлено корреляции между переломом ключицы у новорожденного и такими хирургическими факторами риска, как показание к выполнению КС, время от разреза кожи до извлечения младенца, а также от типа разреза кожи и матки. Таким образом, даже КС не дает возможности полностью устранить риск перелома ключицы у новорожденного, и в данной клинической ситуации он преимущественно определяется массой тела младенца.

Choi H.A. et al., J Matern Fetal Neonatal Med. 2016 Sep 14: 1-4 [Epub ahead of print].

Перевела с англ. ***Елена Терещенко***